

คลินิกแพทย์ธีรพงศ์

97 ถ.สุขุมวิท ต.ท่าประดู่ อ.เมือง จ.ระยอง โทร 038-011919

ใบรับรองแพทย์

11 ก.ค. 2558

วันที่.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ ธีรพงศ์ ตุนาค ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 17750

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว กัญญา นามสกุล ธีรพงศ์ นพ

มีอาการ ปวด

การวินิจฉัยโรค Migraine

1. ได้รับการตรวจที่ คลินิกแพทย์ธีรพงศ์ เมื่อวันที่..... 11 ก.ค. 2558

2. เห็นควรให้พักรักษาตัว...../.....วัน ตั้งแต่วันที่..... 11 ก.ค. 2558

ถึงวันที่..... 11 ก.ค. 2558

ลงชื่อ.....

(นายธีรพงศ์ ตุนาค)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ข้าพเจ้าได้รับการตรวจร่างกายที่ คลินิกแพทย์ธีรพงศ์ จริง



ลงชื่อ.....

ผู้รับการตรวจร่างกาย